

организме при совместном действии опиоидов и алкоголя, что позволит оценить функциональное состояние многих обменных процессов в условиях, максимально приближенных к реальным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишнева, С.А. Особенности пеморбида, клиники и социального статуса больных наркоманией: сравнительное исследование / С.А. Вишнева, Р.В. Бисалиев // Наркология. – 2009. – № 2. – С. 62-71.
2. Бохан, Н.А. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза / Н.А. Бохан, Л.Н. Благов, Д.И. Кургак // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 5. – С. 17-23.
3. Благов, Л.Н. Опиоидная зависимость, осложненная алкоголизмом: клинко-психопатологические особенности и проблемы диагностики / Л.Н. Благов, Кургак Д.И. // Международный медицинский журнал. – 2005. – № 2. – С. 41-47.
4. Киров, Р.Н. Коморбидность алкогольной зависимости и аффективных расстройств биполярного спектра: гендерный аспект (предварительные результаты) / Р.Н. Киров // Наркология. – 2015. – № 7. – С. 73-79.
5. Лелевич, С.В. Центральные и периферические механизмы алкогольной и морфиновой интоксикации / С.В. Лелевич. – Гродно: Гродн. гос. мед. ун-т, 2015. – 252 с.
6. Центральные нейрохимические эффекты острого и хронического воздействия этанола. Механизмы толерантности и зависимости (обзор литературы) / В.Б. Долго-Сабуров [и др.] // Токсикология. – 2011. – Т. 12. – С. 1423-1436.

СОСТОЯНИЕ ИНТРАТЕСТИКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АТЕНЗИОННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

¹Визгалов С.А., ²Сугоняко Ю.В., ³Поплавская Е.А., ³Смотрин С.М.

¹Гродненская областная клиническая больница

²Гродненская городская больница скорой медицинской помощи

³УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. Паховое грыжесечение занимает ведущее место в структуре оперативных вмешательств, выполняемых в общехирургическом стационаре [1]. Однако, выполняемая с использованием собственных тканей пациента аутогерниопластика не приводит к достаточной прочности восстанавливаемых структур паховой области и часто сопровождается рецидивами (10% – при первичных и до 30% – при повторных герниопластиках) [4]. Методы хирургического лечения грыжи должны обеспечивать минимальный риск при проведении оперативных вмешательств, предупреждать развитие нарушений функций жизненно важных органов и возникновение рецидивов. Поиски путей

снижения количества рецидивов привели к разработке концепции ненатяжной пластики как более физиологичной [2].

За последние десятилетия во всем мире широкое распространение получила герниопластика с применением аллопластических материалов, при которой протез позволяет закрыть дефекты брюшной стенки, не стягивая собственные деформированные ткани, служа каркасом для образования полноценного соединительнотканного рубца в зоне дефекта. Относительная простота установки сетчатого имплантата способствовала широкому внедрению данной методики в хирургическую практику [5].

Современная концепция лечения паховых грыж предусматривает использование как натяжных, так и атензионных методов герниопластики. При этом главным критерием оценки эффективности любого метода пахового грыжесечения остается частота рецидивов заболевания. Однако наряду с рецидивом грыжи в послеоперационном периоде может наблюдаться и сдавление элементов семенного канатика, что сопровождается нарушением кровообращения в половой железе. В доступных литературных источниках не встречается сведений о состоянии интратестикулярного кровотока до и после комбинированной атензионной герниопластики в отдаленном периоде.

Цель. Оценить состояние интратестикулярного кровотока до и после комбинированной атензионной герниопластики в отдаленном послеоперационном периоде.

Методы исследования. Проведено исследование по изучению интратестикулярного кровотока у больных с наружными грыжами живота до и после оперативного лечения по разработанной нами методике [3]. Обследовано 50 пациентов с паховыми грыжами, которым выполнялась комбинированная атензионная герниопластика. Косые паховые грыжи (КПГ) диагностированы у 28 пациентов, а прямые паховые грыжи (ППГ) – у 22 пациентов. Всем пациентам накануне оперативного вмешательства и через 3 года после операции проводили ультразвуковое сканирование пахово-мошоночных областей на стороне грыжевого выпячивания для оценки состояния интратестикулярного кровотока. Исследование осуществляли с помощью аппарата «Sonolain-G60» фирмы Siemens, оснащенного датчиком с длиной волны 5-7,5 МГц в режиме доплеровского картирования и определяли максимальные систолическую и диастолическую скорость кровотока и рассчитывали индекс резистентности (IR) в паренхиме яичка. Оценку достоверности изменения численных значений проводили с помощью непараметрической статистики с применением компьютерной программы Statistica 6.0 для Windows.

Результаты и обсуждение. Результаты доплерографии показали (таблица 1), что в отдаленном периоде после комбинированной атензионной герниопластики у пациентов как с прямыми, так и косыми паховыми грыжами происходит повышение максимальной систолической и максимальной диастолической скорости кровотока в сравнении с таковым до оперативного лечения. В случае с прямыми паховыми грыжами $V_{\max \text{ sist}}$ повышена на 49,7% ($Z=-1,71$, $p=0,08$), $V_{\max \text{ diast}}$ – на 17,65% ($Z=-1,28$, $p=0,19$). В случае с

косыми – V max sist повышена на 38,61% ($Z=-1,17$, $p=0,24$), V max diast – на 17,65% ($Z=-1,98$, $p=0,04$). При этом наблюдается снижение индекса резистентности кровотока.

Таблица 1. – Гемодинамические показатели в паренхиме яичек у пациентов с паховыми грыжами, Me (IQR)

Исследуемые показатели	Прямые паховые грыжи		Косые паховые грыжи	
	до операции	через 3 года после герниопластики	до операции	через 3 года после герниопластики
V max sist, см/с	6,70 (5,40; 9,30)	10,00 (9,00;11,00)	5,05 (3,70; 8,95)	7,00 (6,00; 9,00)
V max diast, см/с	2,55 (2,00; 3,00)	3,00 (3,00;4,00)	2,35 (1,40; 3,00)	3,00* (3,00; 4,00)
IR	0,63 (0,59; 0,66)	0,62 (0,60; 0,66)	0,64 (0,59; 0,70)	0,57 (0,50; 0,63)

Выводы. Комбинированная атензионная герниопластика, выполненная по разработанной нами методике с применением сетчатых эндопротезов, в отдаленном периоде не оказывает влияния на состояние интерстикулярного кровотока в паренхиме яичка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назарьянц, Ю. А. Способ лечения паховых грыж / Ю. А. Назарьянц, С. И. Петрушко // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – С. 123-129
2. Рубинов, М. А. Сравнительная оценка вживления некоторых сетчатых эксплантатов для герниопластики при различных вариантах имплантации / М. А. Рубинов, В. А. Козлов, П. П. Истратов // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2002. – С. 52-53.
3. Способ комбинированной атензионной герниопластики паховой грыжи: пат. ВУ а 20081392 / С.А. Визгалов, С.М. Смотрин. – Оpubл. 2011.04.30.
4. Федоров, В. Д. Эволюция лечения паховых грыж / В. Д. Федоров, А. А. Адамян, Г. Ш. Гогия // Хирургия. 2000. – № 3. – С. 51-54.
5. Lichtenstein, I.L. Use of mesh to prevent recurrence of hernias / Lichtenstein I. L., Shulman A. G., Amid P. K. //Postgrad. Med. J. – 1990. –V. 87. – P. 155-160.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ПИЕЛОНЕФРИТАМИ: ДАННЫЕ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА

Вильчук К.У.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

Актуальность. В последние десятилетия распространенность микробно-воспалительных заболеваний (включая пиелонефриты) в популяции детей Республики Беларусь составляет около 1,5% и не имеет тенденции к снижению [2]. Эти данные вызывают беспокойство в связи с тем, что пиелонефриты